

## ORIGINALES BREVES

# Estudio de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la atención primaria (PRESENCIAP)

## Grupo PRESENCIAP\*

Unitat Docent de MFIC de Girona. Institut Català de la Salut.

**Objetivo.** Conocer el grado de registro y control de los factores de riesgo cardiovascular entre los pacientes con cardiopatía isquémica crónica (CIPSAP 2-Definida) y el uso de terapias farmacológicas de utilidad demostrada en estos pacientes.

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal.

**Emplazamiento.** Dos áreas básicas de salud docentes de Girona (una urbana y una urbano-rural).

**Participantes.** Se realizó un muestreo exhaustivo del total de historias con diagnóstico de isquemia cardíaca crónica (n = 183).

**Mediciones y resultados principales.** Un 50% de los enfermos no fumaba, el 58% no consumía alcohol y un 45% realizaba actividad física. En un 25, 30 y 38%, respectivamente, no se habían registrado estas actividades en el último año. El registro de tensión arterial (TA) en el último año no constaba en un 17% de los casos; un 61% presentaba cifras de TA diastólica < 90 mmHg. El 40% tenía valores de TA sistólica < 140 mmHg. La determinación de colesterol total faltaba en el 28% de los casos; un 22% de los pacientes tenía cifras de cLDL por debajo de 130 mg/dl. El 50% de los pacientes seguía tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes y un 22% recibía tratamiento con bloqueadores beta.

**Conclusiones.** Existe un deficiente registro de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con isquemia coronaria crónica, así como una baja prescripción de aquellos fármacos que reducen la morbimortalidad. Es necesario un plan de mejora para tener un mejor control de estos pacientes.

**Palabras clave:** Prevención secundaria. Cardiopatía isquémica. Atención primaria. Factores de riesgo cardiovascular.

## STUDY OF SECONDARY PREVENTION OF ISCHAEMIC CARDIOPATHY IN PRIMARY CARE

**Objectives.** To find the degree of recording and control of cardiovascular risk factors among patients with chronic ischaemic cardiopathy and the use of drug therapies of proven efficacy on these patients.

**Design.** Descriptive cross-sectional study.

**Setting.** Two teaching health districts in Girona (one urban and one urban-rural).

**Participants.** There was an exhaustive sampling of the histories of all patients diagnosed with chronic ischaemic cardiopathy (n = 183).

**Measurements and main results.** 50% of the patients did not smoke, 58% did not consume alcohol and 45% took physical exercise. For 25%, 30% and 38%, respectively, these activities had not been recorded over the previous year. In 17% of cases blood pressure had not been recorded in the previous year; 61% had diastolic pressures < 90 mmHg, and 40% had systolic pressure < 140 mmHg. Total cholesterol determination was lacking in 28% of cases. 22% of patients had LDL-cholesterol levels below 130 mg/dl. 50% of patients had anti-aggregate or anti-coagulation treatment and 22% received beta-blocker treatment.

**Conclusions.** There is deficient recording of cardiovascular risk factors in patients with chronic coronary ischaemia and low prescription of those drugs that reduce morbidity and mortality. An improvement plan is needed in order to achieve better monitoring of these patients.

**Key words:** Secondary prevention. Ischaemic cardiopathy. Primary care. Cardiovascular risk factors.

(Aten Primaria 2001; 27: 29-32)

\*Miembros del Grupo PRESENCIAP:

ABS Girona 3: F. Cordon, Q. Foguet, C. Rodríguez, J. Roca, R. Ruiz, N. Salleras, R. Serra y P. Solanas.

ABS Salt: A. Alcolado, E. Avellana, M.J. López, J.L. Pons, J. Puig y R. Ramos.

Correspondencia: Dr. Esteve Avellana.  
ABS Salt. C/ Manuel de Falla, 34. 17190 Salt (Girona).

## Introducción

La enfermedad coronaria constituye una de las principales causas de morbimortalidad en los países desarrollados, provocando una disminución importante de la calidad de vida y un elevado gasto sanitario<sup>1</sup>. En Cataluña la mortalidad por cardiopatía isquémica fue durante el período 1989-1993 de 87,9 por 100.000 habitantes<sup>2</sup>. Por otro lado, se sabe que el riesgo de presentar un episodio cardiovascular es mayor en aquellos individuos que ya han tenido uno anteriormente<sup>3</sup>. Numerosos estudios de intervención han demostrado que el control de los factores de riesgo cardiovascular aumenta la supervivencia<sup>4,5</sup>. Por todo ello, el control de estos factores en pacientes afectados de enfermedad coronaria es decisivo. La atención primaria, por su accesibilidad, constituye el marco idóneo para realizar este control<sup>6</sup>, los puntos esenciales del cual se centran en: insistir en la deshabituación tabáquica, el control de peso y la práctica de ejercicio físico<sup>7,8</sup>; monitorizar lípidos, tensión arterial y glucemia y, por último, prescripción de aquellos fármacos que han demostrado su eficacia en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica<sup>5,9-12</sup>.

El objetivo de este trabajo consiste en cuantificar el grado de registro y control de los factores de riesgo cardiovascular y el uso de fármacos eficaces en prevención secundaria en individuos afectados de isquemia cardíaca crónica (ICC).

## Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal que se llevó a cabo durante el período de un año en 2 áreas básicas de atención primaria docentes del Gironès (provincia de Girona). La primera comprende 2 centros de atención primaria urbanos y la segunda comprende un centro urbano y 4 centros rurales, con una población total aproximada de 47.000 personas.

Se incluyó a todos los pacientes diagnosticados de ICC (según código CIPSAP-2; 412: enfermedad isquémica cardíaca crónica).

Los criterios de exclusión fueron: demencia, psicosis con afectación residual, enfermos terminales (esperanza de vida inferior a un año), pacientes que no siguen controles en el área básica de salud y pacientes controlados por 2 sanitarios de la red no reformada que no utilizaban registros de actividades en historia clínica.

Se recogieron datos de todos los pacientes afectados de ICC que cumplían los criterios de inclusión a partir de: registro del sistema informático de atención primaria (SIAP) con el código 412(IqCC), el registro del SIAP con el código 410(IAM) de más de 8 semanas de evolución y mediante la revisión exhaustiva de las tarjetas de prescripción farmacológica crónica, comprobando el diagnóstico en la historia clínica de aquellas sugestivas de pertenecer a pacientes con ICC.

A partir de la evidencia científica sabemos que hay diversos factores que influyen en el pronóstico de la enfermedad cardíaca crónica<sup>13-16</sup>. En función de ello se registraron las siguientes variables: año de nacimiento, sexo, consumo de tabaco y alcohol, práctica de ejercicio físico, índice de masa corporal (IMC) según la fórmula peso/talla<sup>2</sup>, cifras de tensión arterial sistólica (TAS) y tensión arterial diastólica (TAD) en mmHg, último registro en mg/dl de colesterol total (CT), triglicéridos (TG), cHDL y cLDL, calculado según la fórmula de Friedewald ( $cLDL = CT - cHDL - TG/5$ ), siempre que la cifra de TG fuera menor de 400 mg/dl; así como el uso de antiagregantes, bloqueadores beta e inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA). También se registró si habían acudido a la consulta en el período de estudio. En la recogida de datos del segundo centro también se determinó el último registro de glucemia basal (mg/dl) y el de hemoglobina glucosilada ( $HbA_{1c}$ ) en los pacientes diabéticos.

Se obtuvieron los datos mediante revisión de las historias clínicas, se realizó una doble entrada de los mismos y se analizaron mediante el programa SPSSPC+ (v8) para Windows.

## Resultados

De los 183 casos revisados, 70 pertenecen al primer centro y 113 al segundo. De ellos, 115 eran varones (63%) y 68, mujeres (37%).

Los datos sobre consumo de tabaco, alcohol y realización de ejercicio físico de manera regular se encuentran en la tabla 1. Destaca el hecho de que en un 25, 30 y 38%, respectivamente, no constaba el registro de estos tres hábitos.

Se pudo calcular el IMC en 146 pacientes (80%). De ellos, 55 (30% del

TABLA 1. Consumo de tabaco, alcohol y práctica de ejercicio físico

|                           | Sí       | No        | No constaba | Ex consumidores |
|---------------------------|----------|-----------|-------------|-----------------|
| Consumo de tabaco         | 26 (14%) | 92 (50%)  | 45 (25%)    | 29 (11%)        |
| Consumo de alcohol        | 17 (9%)  | 106 (58%) | 55 (30%)    | 5 (3%)          |
| Ejercicio físico habitual | 82 (45%) | 31 (17%)  | 70 (38%)    |                 |

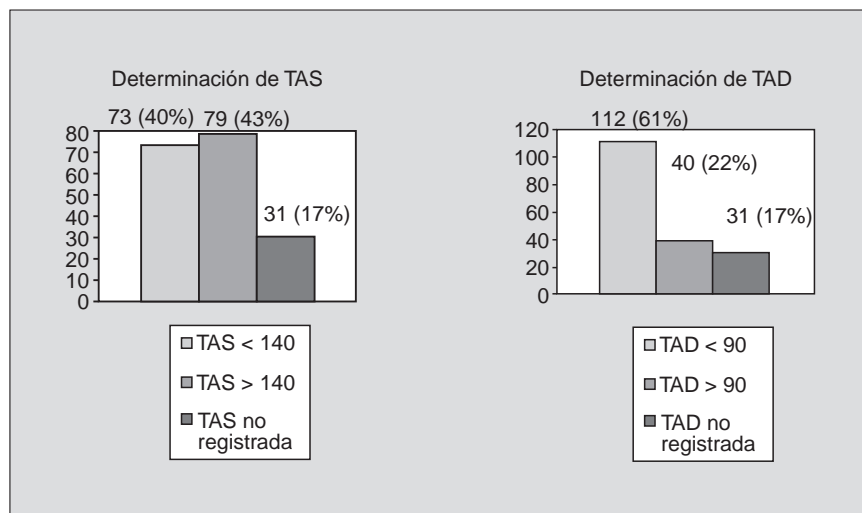


Figura 1. Registro y control de las cifras de tensión arterial. TAS: tensión arterial sistólica, y TAD: tensión arterial diastólica.

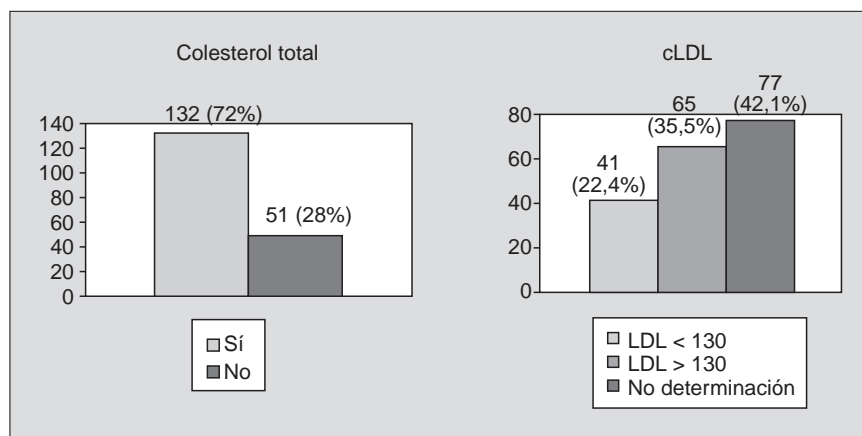


Figura 2. Registro del colesterol total. Registro y control del cLDL.

total de la muestra) cumplían criterios de obesidad ( $IMC > 30$ ).

La determinación de TA no constaba en 31 pacientes (17%), la TAS era < 140 mmHg en 73 (40%) y la TAD era < 90 mmHg en 112 (61%) (fig. 1).

Los niveles de CT estaban registrados en 132 pacientes (72%). El cLDL no constaba o no se podía calcular en 77 (42,1%); sólo 41 (22,4%) presentaban valores < 130 mg/dl de cLDL (fig. 2).

El uso de antiagregantes o anticoagulantes constaba en 91 pacientes (49,7%), el de bloqueadores beta únicamente en 41 (22,4%) y el de IECA en 44 (24%) (fig. 3).

Por lo que respecta a los datos adicionales que se recogieron en el segundo centro, de 113 pacientes, 35 (31%) estaban diagnosticados de diabetes mellitus (DM). De éstos, sólo 18 presentaban al menos una determinación de  $HbA_{1c}$ , en 8 el valor era

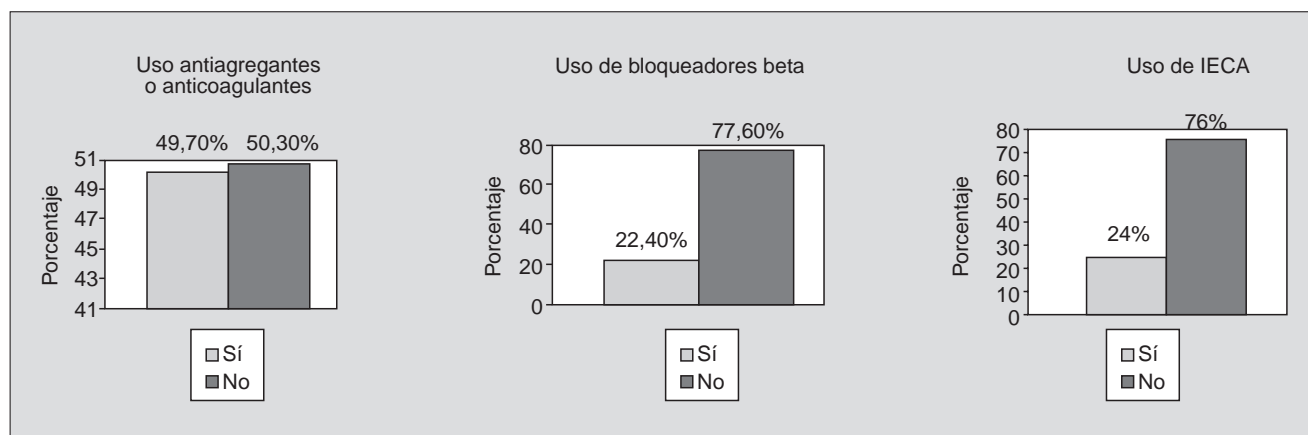


Figura 3. Utilización de antiagregantes o anticoagulantes, bloqueadores beta e IECA. IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.

< 6,5% (nivel aceptable según nuestro laboratorio de referencia).

## Discusión

Los resultados obtenidos revelan un infrarregistro, un deficiente control de los factores de riesgo así como una baja prescripción de los fármacos indicados en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica.

En nuestro caso, la existencia de una hoja de monitorización que no recoge alguno de los parámetros estudiados (tabaco, alcohol, cLDL, cHDL, HbA<sub>1c</sub>), y que por lo tanto favorece la dispersión de los datos por la historia clínica, podría explicar la falta de registro de factores de riesgo. La falta de costumbre de registrar el ejercicio físico y la dificultad de objetivarlo podrían justificar en parte los resultados obtenidos.

En cuanto al control de los factores de riesgo, el cese del hábito tabáquico constituye uno de los principales caballos de batalla en estos pacientes, ya que el 14% de los enfermos continuaba fumando a pesar de haber presentado un episodio cardiovascular. En este sentido resalta la importancia del consejo médico de deshabituación en el período inmediato posterior al incidente isquémico<sup>17</sup>. En esta línea de actuación, nos queda un largo camino tanto por lo que respecta a la detección y consejo de los pacientes de fumadores como en la promoción de ejercicio físico.

En lo que respecta a la TA, observamos principalmente un mal control de la TAS, siendo un resultado sorprendente dado que el control de la

TA es una de las responsabilidades más asumidas y aceptadas de la atención primaria.

Aun escogiendo un valor límite alto para el cLDL (< 130 mg/dl), sólo un 22% de los pacientes se encuentra con niveles considerados aceptables. Si tenemos en cuenta que un 42,1% de los pacientes no tiene determinado en el último año los valores de cLDL, podemos concluir que el control global del perfil lipídico en estos pacientes es muy deficitario.

Los pobres resultados obtenidos en el control de los factores de riesgo son consistentes con los obtenidos en estudios similares<sup>18,19</sup>, lo que nos obliga a reflexionar sobre los objetivos y estrategias terapéuticas aplicadas<sup>20</sup>.

Por otro lado, a pesar de las recomendaciones de todas las guías de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica, sólo la mitad de los pacientes realizan tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes, y sólo una cuarta parte lo hace con bloqueadores beta. Estos resultados son claramente inaceptables, pues existe suficiente evidencia científica que demuestra el beneficio para estos pacientes con la reducción de la morbi-mortalidad<sup>9,11,12</sup>.

A pesar de los datos existentes que avalan la efectividad de la prevención secundaria<sup>13,14</sup>, nuestros resultados sugieren que ésta no ha sido incorporada a la práctica médica diaria. Quizás persiste vigente la percepción por parte de algunos profesionales de atención primaria de que la cardiopatía isquémica es, única y exclusivamente, responsabilidad del cardiólogo, pues se evidencia una fal-

ta de conocimiento del manejo de estos enfermos, tal vez por la limitada divulgación de guías de prevención secundaria cardiovascular. Respecto a este último apartado, es de resaltar el esfuerzo que están realizando las sociedades médicas de atención primaria para soslayar este déficit<sup>21</sup>.

La atención primaria tiene que mejorar las actividades de prevención secundaria en cardiopatía isquémica llevando a cabo un registro y un control exhaustivo de los factores de riesgo, siendo más incisivos en el tratamiento farmacológico para conseguir los objetivos terapéuticos y, por último, aportando información y promoción de cambios de los estilos de vida con la finalidad de disminuir el riesgo cardiovascular.

En este sentido, a la vista de los resultados obtenidos, se ha establecido un plan de mejora para conseguir un mejor abordaje de estos pacientes.

## Bibliografía

1. Uemura K, Pisa Z. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. *World Health Stst Q* 1988; 41: 155-178.
2. Objectius i intervencions sobre els problemes de salut. Problemes de salut cardiovascular. En: Pla de Salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997; 249-260.
3. Kornowski R, Goldbourt U, Zion M, Mandelzweig L, Kaplinsky E, Levo Y et al. Predictors and long-term prognostic significance of recurrent infarction in the year after a first myocardial infarction. SPRINT Study Group. *Am J Cardiol* 1993; 72: 883-888.

4. Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T, Pyörälä K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 Diabetes and in non diabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Eng J Med* 1998; 339: 229-234.
5. The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Ransomed trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344 (8934): 1383-1389.
6. Juncadella E. Cardiopatía isquémica i atenció primària. *Ann Med* 1998; 82: 19-20.
7. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, Goldhaber SZ, Olmstead EM, Paffenbarger Jr RS et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1989; 80 (2): 234-244.
8. Daly LE, Mulcahy R, Graham IM, Hickey N. Long term effect on mortality of stopping smoking after unstable angina and myocardial infarction. *BMJ* 1983; 287: 324-326.
9. Antiplatelet Trialists' Collaboration. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy. 1. Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. *BMJ* 1994; 308: 81-106.
10. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, Rouleau JL, Rutherford JD, Cole TG et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Eng J Med* 1996; 335: 1001-1009.
11. Gottlieb SS, McCarter RJ, Vogel RA. Effect of beta-blockade on mortality among high-risk and low-risk patients after myocardial infarction. *N Eng J Med* 1998; 339: 489-497.
12. Rapaport E, Gheorghiadu M. Pharmacologic therapies after myocardial infarction. *Am J Med* 1996; 101 (Supl 4): 61-70.
13. Pyörälä K, De Baccker G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Eur Heart J* 1994; 15: 1300-1331.
14. Yusuf S, Wittes J, Friedman L. Overview of results of randomized clinical trials in Heart Disease I. Treatments following myocardial infarction. *JAMA* 1988; 260 (14): 2088-2093.
15. Maroto Montero JM, Velasco Rami JA. Rehabilitación cardíaca y prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. *Rev Esp Cardiol* 1995; 48 (Supl 1): 85-89.
16. Bairey Merz CN, Rozanski A, Forrester JS. The secondary prevention of Coronary Artery Disease. *Am J. Med* 1997; 102: 572-581.
17. Hermanson B, Omenn GS, Kronmal RA, Gersh BJ. Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease. Results from CASS registry. *N Eng J Med* 1988; 319: 1365-1369.
18. Tobias J, Brossa A, Urgell T, Basagaña M, Vilaplana R, Soler M. Prevenció secundaria de la cardiopatía isquémica. Control de los principales factores de riesgo (dislipemia, hipertensión arterial y consumo de tabaco) en un cento de atención primaria. *Clin Invest Arterioesclerosis* 1996; 8 (1): 9-18.
19. Campbell NC, Thain J, Deans HG, Ritchie LD, Rawles JM. Secondary prevention in coronary heart disease; baseline survey of provision in general practice. *BMJ* 1998; 316: 1430-1434.
20. Dovey S, Hicks N, Lancaster T, Volmink J, Fowler G, Mayou R et al. Secondary prevention after myocardial infarction. How completely are research findings adopted in practice? *Eur J Prac* 1998; 4: 6-10.
21. Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Sociedad Española de Medicina de Familia. Guía de Prevención Cardiovascular. semFYC, 1997.